MINISTERE DE L’ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE
ENSEIGNEMENT DE LA 5E ANNEE
MODULE D'ENDOCRINOLOGIE

CAS CLINIQUE 8

Dr .Y.RAHEM
Maitre assistant en endocrinologie
Service endocrinologie CHU TIZI OUZOU unité Belloua

Mr H.C, âgé de 72 ans, consulte pour le déséquilibre d'un diabète traité depuis 3 ans par biguanides.

Il se plaint d'une asthénie, de palpitations et d'un amaigrissement de 6 kg en quelques semaines.

Il n'y a pas d'altération de l'état général, l'appétit est conservé.

À l'interrogatoire, il n'y a pas d'antécédents familiaux de diabète.

À l'examen clinique:

poids = 62 kg;

taille = 178 cm;

pression artérielle = 130/80 mmHg;

pouls rapide à 100/min;

palpation cervicale = nodule thyroïdien basolobaire

Biologiquement:
glycémie = 2,85 g/L;
HbA1C = 9,5%;
créatininémie = 85 µmol/L;
kaliémie et calcémie normales;
transaminases; gamma-GT normales;
VS; CRP basses;
glycosurie = +++ ;
acétonurie = négative.

QUESTION N° 1:

Quelle est selon vous la cause la plus vraisemblable de la décompensation du diabète? Argumentez.

Réponse:

Hyperthyroïdie par adénome toxique, devant l'association:

- ***de signes cliniques d'hyperthyroïdie:***
  - ***asthénie***
  - ***Amaigrissement***
  - ***fibrillation auriculaire rapide***
- ***et d'un nodule thyroïdien***

Déséquilibre du diabète: action hyperglycémiante

QUESTION N° 2:

Quelle est votre stratégie diagnostique?

Réponse:

- Confirmer l'hyperthyroïdie: dosage de TSH et T4L

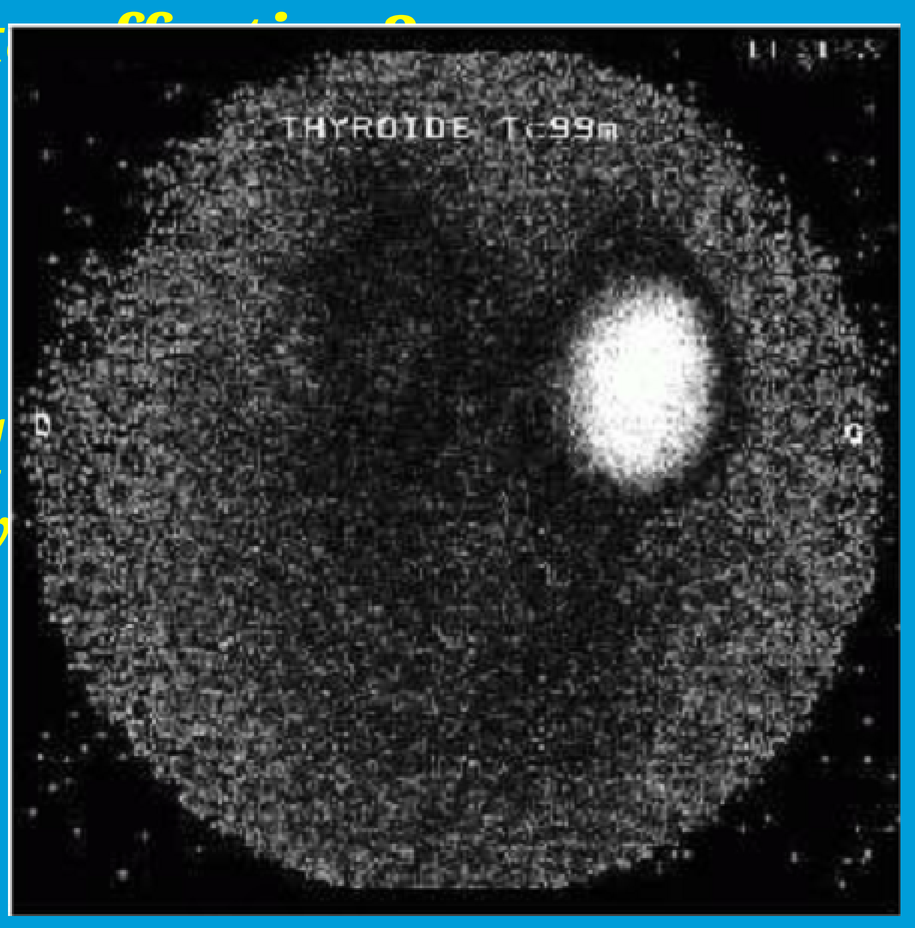
- Diagnostic étiologique de l'hyperthyroïdie, devant l'association nodule + hyperthyroïdie:

- **scintigraphie thyroïdienne, à la recherche d'un nodule chaud extinctif**
- **dans ce contexte de nodule palpable, l'échographie n'est pas indispensable**
- **la cytoponction n'a pas d'intérêt (nodules bénins)**

QUESTION N° 3:

La scintigraphie thyroïdienne donne le résultat suivant.

Commentez. Quel est le mécanisme physiopathologique de cett



Réponse:

- Nodule chaud extinctif

- Confirme l'adénome toxiq

- Mutation somatique activ

du récepteur de TSH

QUESTION N° 4:

Quelles sont les possibilités thérapeutiques pour la pathologie thyroïdienne?

Laquelle vous semble la mieux adaptée?

Réponse:

*** Antithyroïdiens de synthèse = traitement symptomatique:**

utilisation transitoire si l'hyperthyroïdie est mal tolérée, en préparation au traitement radical ou en attendant son efficacité

*** Traitements radicaux = chirurgie ou iode radioactif:**

- **la chirurgie:**

  avantages: guérison rapide

  inconvénients:

  - invasive chez un sujet âgé, en mauvais état général

  - hypothyroïdie définitive, risques d'hypoparathyroïdie, de paralysie récurentielle

- **iode radioactif = solution la mieux adaptée à ce patient:**

  - principe: captation sélective du traceur par le nodule hyperfixant

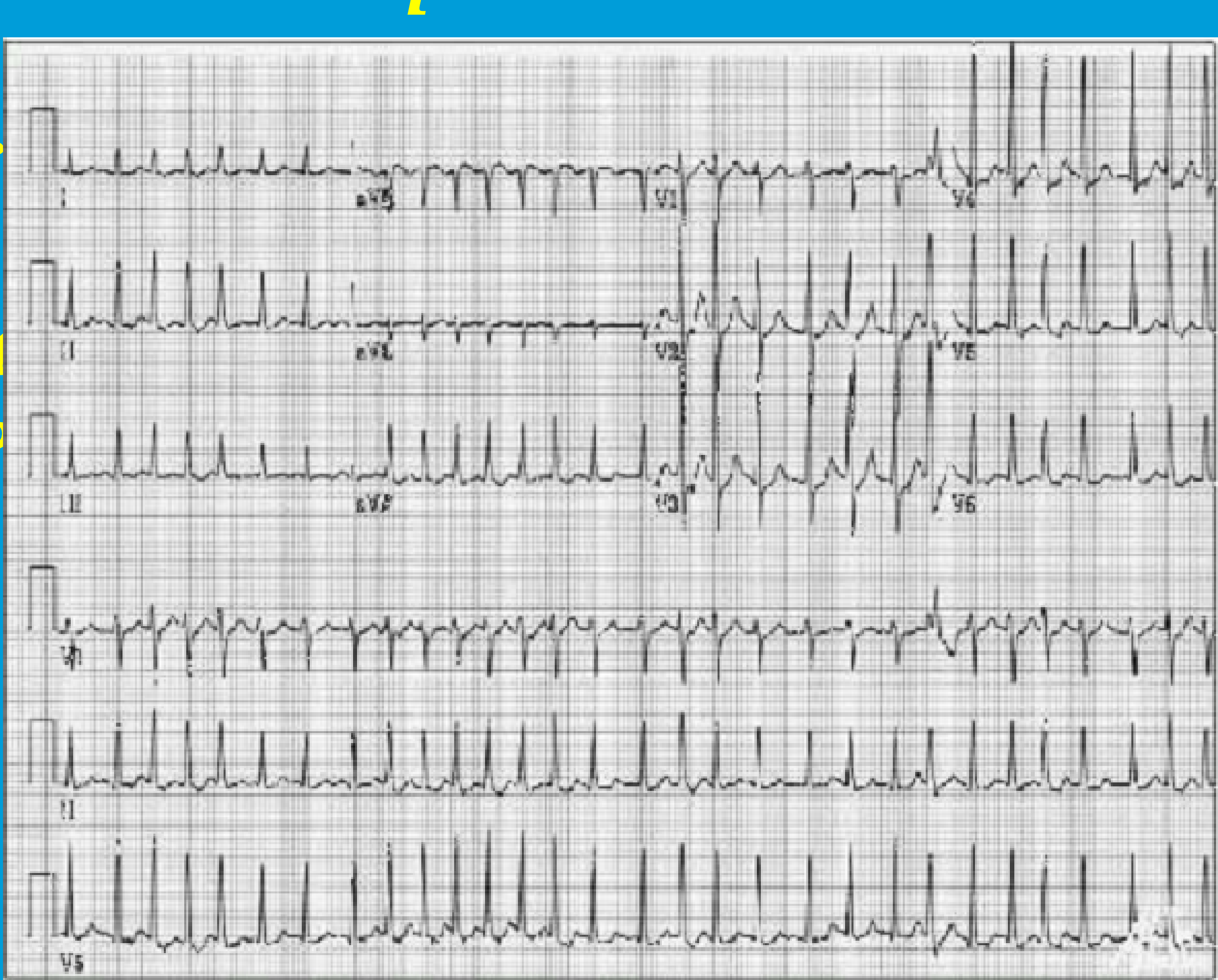
QUESTION N° 5:

Alors que vous voyez en consultation le patient pour le traiter,

il se plaint de palpitations importantes. Vous réalisez un ECG.

Interprétez le trac

Quelle est votre conduite thérapeut immédiate à tenir?



Réponse:

Rythme irrégulier non sinusal avec tachycardie associée,

évocateur d'une arythmie par fibrillation auriculaire

Conduite à tenir:

- **hospitalisation**
- **traitement symptomatique:**
    - **anticoagulation efficace à dose curative par HBPM, puis relais par AVK**
    - **ralentir la fréquence cardiaque par β-bloquant non cardiosélectif**

• en préparation au traitement radical

• surveillance:

fréquence cardiaque, tension artérielle, ECG quotidien

• si l'arythmie persiste après guérison de l'hyperthyroïdie:

discuter cardioversion

QUESTION N° 6:

La prescription de metformine était-elle logique chez ce patient?

Réponse:

Non:

metformine contre-indiquée: âge> 65 ans et clairance de créatinine < 60 mL/min

Non logique: diabétique de poids Normal

QUESTION N° 7:

D'après les éléments dont vous disposez dans l'observation, de quel type de diabète ce patient est-il atteint?

Quels examens complémentaires demandez-vous pour le diagnostic étiologique du diabète?

Réponse:

- Éléments en défaveur d'un diabète de type 2:

sujet de poids normal, sans antécédents familiaux de diabète

- Il pourrait s'agir d'un diabète de type 1 lent (LADA),

- ou d'un diabète secondaire à une pancréatite chronique, une hémochromatose 2

- Cancer du pancréas peu vraisemblable compte tenu de l'absence d'altération de l'EG, de troubles de l'appétit et de la longueur de l'évolution

Bilan étiologique du diabète:

- **échographie abdominale**
- **stigmates d'auto-immunité envers le pancréas endocrine (AC anti-GAD)**
- **dosage de ferritine et coefficient de saturation de la transferrine**